

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

Datos sociológicos e información de los padres

Estimado padre:

Esta información puede ayudar a determinar las necesidades educativas de su hijo/a. Por favor incluya cualquier otra información que piense que nos pueda ayudar a atenderle mejor a su niño/a.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Escuela: _____
 Nombre del padre: _____ Dirección: _____ Código postal: _____
 Teléfonos: hogar _____ - _____ trabajo: _____ - _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

1. El niño vive con: _____ Relación: _____
2. Ocupación del padre: _____ Ocupación de la madre: _____
3. Idioma que más se utiliza en la casa: _____
4. Número de niños en la familia: _____ Edades: _____
5. ¿Han ocurrido cambios importantes en la familia durante los últimos tres años? (Por ejemplo: cambios de trabajo o de casa, nacimientos, fallecimientos, enfermedades, divorcio, o separación) _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

1. Si su hijo/a no ha empezado la escuela todavía, responda las siguientes preguntas acerca de él o ella:

- a. ¿Comprende cuando le da instrucciones? _____
- b. ¿Cómo hace para comunicarle lo que quiere? _____
- c. ¿Puede Ud. comprender lo que está tratando de decirle? _____
- d. ¿Por cuánto tiempo puede prestarle atención a una actividad? _____
- e. ¿Puede usar el baño sin ayuda? de día _____ de noche _____

2. ¿Qué cosas puede hacer bien su hijo/a? _____

3. ¿Hay algo que le cuesta trabajo hacer a su hijo/a? _____

4. ¿Cómo le va a su hijo/a en la escuela? _____

5. ¿Le preocupa la conducta de su hijo/a en la escuela o en casa? SI NO Si SI, por favor explique: _____

6. ¿Qué actividades hace su hijo/a cuando no está en la escuela? (Por ejemplo, ver televisión, leer, trabajar medio tiempo, jugar con sus amigos) _____

7. ¿Qué actividades hace la familia junta? (Por ejemplo, ver televisión, ir de campamento, participar en pasatiempos o deportes) _____

8. ¿Cuál(es) de los siguientes utiliza para disciplinar a su hijo/a?

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------|
| O Dar nalgadas | O Dar tareas adicionales | O Aislar | O Quitar privilegios |
| O Castigar | O Mandar a la cama temprano | O Dar premios extras | O Premiar buena conducta |
| O Otro: _____ | | | |

¿Funcionan estos métodos? 0 SI 0 NO

9. Describe la conducta de su hijo/a en casa y/o el vecindario:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Se comporta bien por lo general | <input type="radio"/> Se lleva bien con los miembros de la familia | <input type="radio"/> Obedece |
| <input type="radio"/> Parece contento/a | <input type="radio"/> Juega bien con sus vecinos | <input type="radio"/> Tiene pesadillas |
| <input type="radio"/> Es hiperactivo/a | <input type="radio"/> Es hostil/agresivo/a | <input type="radio"/> Parece ansioso/a |
| <input type="radio"/> Enjado/a | <input type="radio"/> Es responsable por sus tareas | <input type="radio"/> Es penoso/a |
| <input type="radio"/> Parece triste/ retraído/a/ deprimido/a | | <input type="radio"/> Es desobediente |

☐ Participa en actividades de grupo (deportes, scouts, grupos de iglesia, etc.)

10. ¿Su conducta ha cambiado durante estos últimos años?

11. ¿Qué opina su hijo/a de la escuela? _____

12. ¿Qué más quiere decirnos acerca de su hijo/a?? _____

ANTECEDENTES ESCOLARES:

1. Mencione las escuelas, pre escolares o guarderías donde ha asistido: _____

2. ¿Ha repetido algún grado? _____ Si la respuesta es sí, ¿Cual? _____

3. ¿Ha sido evaluado antes? (Por ejemplo: en la escuela, otra agencia, un hospital, un fisioterapeuta, logoterapeuta, audiólogo o psicólogo) Si la respuesta es afirmativa, indique el lugar y la fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO:

1. ¿Este estudiante ha tenido algunas enfermedades graves, ha sufrido algunos accidentes, o ha sido hospitalizado en los últimos tres años? ☐ SI ☐ NO Si SI, por favor describe la enfermedad, el accidente, o la razón por ser hospitalizado y de la edad de su hijo/a en esa ocasión: _____

2. ¿A qué hora se acuesta su hijo/a? ¿Tiene problemas de dormir? ☐ SI ☐ NO Si SI, por favor describe: -

SI NO

☐ ☐ ¿Su hijo/a está al cuidado de un médico por una condición medica? Si SI, por favor describe: _____
Nombre del médico: _____

☐ ☐ ¿Parece que su hijo/a tenga otro problema físico incluso alérgias? Si SI, por favor explique: _____

☐ ☐ SI NO ¿Su hijo/a ha tomado medicina por un período largo? Si SI, por favor explique: _____

☐ ☐ ¿Su hijo/a está tomando medicinas actualmente? Si SI, por favor nómbrela(s) y diga para que son: _____

☐ ☐ ¿Hay algunas preocupaciones de la salud de la familia que quiere compartir con nosotros? Si SI, por favor explique: _____

☐ ☐ ¿Su hijo/a está recibiendo servicios de otra agencia? Si SI, por favor explique: _____

FIRMA DEL PADRE _____

FECHA: _____

FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTA SECCION PUESTA _____

FECHA: _____

(Si la información fue obtenida por entrevista)

DISTRITO ESCOLAR DE HOUSTON
FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA ASESORAMIENTO INDIVIDUAL

Nombre:	ID#:	Fecha de Nacimiento:
Escuela:	Grado escolar:	

Usted ya a recibido la *Notificacion de Asesoramiento Individual*.

Solicitamos su autorización para realizar un asesoramiento individual de su hijo/a, para determinar sus necesidades desde el punto de vista educativo.

Marque con una X la contestación correcta al lado de cada oración, firme su nombre, ponga la fecha y regrese este formulario a la escuela a la mayor brevedad posible.

☐ Si ☐ No *He sido propiamente informado(a) y entiendo el proceso de asesoramiento y la razón por la cual ha sido recomendado para mi hijo(a). Si no, por favor explique:

☐ Si ☐ No Me han dado el nombre y numero de teléfono de una persona en la escuela a la cual puedo llamar si necesito mas información o si tengo preguntas. Si no, por favor explique:

☐ Si ☐ No *Doy permiso para la evaluación que ha sido recomendada para mi hijo(a). Si no, por favor explique:

☐ Si ☐ No *Entiendo que el permiso que estoy dando para evaluar a mi hijo(a) es voluntario y puedo retirarlo en cualquier momento. Si no, por favor explique:

☐ Si ☐ No *Me han explicado en mi lenguaje nativo o en otra manera de comunicación.

☐ Si ☐ No *Doy permiso para que empiecen la evaluación inmediatamente y suspendan los cinco días escolares requeridos entre la notificación de la evaluación y su comienzo.

*Firma de los padres, guardián, padres subrogados

*FECHA

*Firma de interprete (si aplicable)

*FECHA

Envie este formulario a: _____ a _____ con la mayor brevedad posible.
Persona encargada en al escuela Escuela

**HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
CHILD STUDY DEPARTMENT**

BEHAVIOR RATING SCALE

Name: _____

DOB: _____

School: _____

ID#: _____

Directions: Circle the statements that describe the student's behavior

A. COOPERATION				
Continually disrupts classroom; unable to inhibit responses	Frequently demands the "spotlight"; often speaks out of turn	Waits his turn; average for age and grade	Cooperates well; above average	Cooperates without encouragement
B. ATTENTION				
Never attentive, very distractible	Rarely listens, attention frequently wanders	Attends adequately for age and grade	Above average, almost always attends	Always attends; long attention span
C. ABILITY TO ORGANIZE				
Highly disorganized, very slovenly	Often disorganized in manner of work; inexact, careless	Maintains average organization of work; careful	Above average ability to organize and complete work	Always completes assignments in a highly organized manner
D. ADAPTS TO CHANGE				
Extremely excitable, totally lacking in self-control	Often over-reacts; new situations are disturbing	Adapts adequately for age and grade	Adapts easily and quickly with confidence	Excellent adaptation, initiative, and independence
E. SOCIAL ACCEPTANCE				
Avoided by others	Tolerated by others	Liked by others	Well liked by others	Sought by others
F. ACCEPTS RESPONSIBILITY				
Rejects responsibility; never initiates activity	Avoids responsibility	Accepts a good portion of responsibility	Enjoys responsibility; volunteers	Seeks responsibility; always takes initiative
G. COMPLETES ASSIGNMENTS				
Never finishes even with guidance	Seldom finishes even with guidance	Average ability to follow through on assignments	Above average ability to complete assignments	Always completes assignments without supervision
H. SOCIALIZATION				
Always rude	Usually disregards feelings of others	Average tactfulness, adequate social skills	Above average tactfulness; socially correct	Always tactful; excellent social skills; never rude

Completed by: _____ Date: _____

**HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
CHILD STUDY DEPARTMENT**

LANGUAGE RATING SCALE

Name: _____

DOB: _____

School: _____

ID#: _____

Directions: Circle the statements that describe the student's receptive and expressive language

Receptive Language		
<i>Below Average</i>	<i>Average</i>	<i>Above Average</i>
Does not attend to all of what is said	Usually attends to all of what is said	Always attends to all of what is said
Does not understand basic concepts	Usually understands basic concepts	Always understands basic concepts
Does not demonstrate understanding of vocabulary appropriate for age and grade level	Usually demonstrates understanding of vocabulary appropriate for age and grade level	Always demonstrates understanding of vocabulary appropriate for age and grade level
Does not respond appropriately to initial instructions	Usually responds appropriately to initial instructions	Always responds appropriately to initial instructions
Does not understand and follow directions	Usually understands and follows directions	Always understands and follows directions
Expressive Language		
<i>Below Average</i>	<i>Average</i>	<i>Above Average</i>
Uses immature or limited vocabulary for age and grade	Uses adequate vocabulary for age and grade	Uses above average vocabulary for age and grade
Unable to call forth exact word or gropes for words when speaking	Occasionally searches for correct word, but demonstrates average ability when speaking	Always speaks well; never hesitates or substitutes words when speaking
Uses incomplete sentences with grammatical errors	Formulates sentences with correct grammatical structure	Formulates sentences correctly; uses subject/verb, verb tenses, pronouns, plurals correctly
Has difficulty relating isolated facts; ideas are isolated and incomplete	Usually relates facts into meaningful ideas; adequate for age and grade	Outstanding ability in relating facts appropriately
Speech is difficult to understand; sometimes dysfluent; draws attention to itself	Speech is intelligible; fluent; adequate for age	Speech is always clear and easy to understand; distinct and fluent

Completed by: _____

Date: _____

Originator: ANY School Personnel who contacts the parent(s), adult student(s), or guardian(s)

Purpose: To maintain documentation of all communication with parent(s)/adult student(s)/guardian(s) regarding the student/adult child's education.

Student's Name:_____ DOB:_____ Parent's Name:_____

School:_____ Phone#:_____ Emergency Phone#:_____

In order to be in compliance with federal, state and local guidelines, a *Record of Communication* must be maintained in the student's Special Education Eligibility Folder. Communication with the parent(s)/adult student(s)/guardian(s) must be in the language or mode of communication best understood by the parent(s)/adult student(s)/guardian(s). Efforts **MUST** be made to ensure that the parent(s)/adult student(s)/guardian(s) understand the content of the communication.

Any communication referencing the education of the child/adult student should be documented. The *Record of Communication* with the parent(s)/adult student(s)/guardian(s) and district personnel **MUST** reflect documentation of the following:

- Campus Referral Committee Report
- Notice of Full and Individual Evaluation and Test Description
- Consent for Full and Individual Evaluation
- Notice of the ARD/IEP Committee Meeting
- Special Education: Parent's and Student's Right Booklet
- Questions and Answers about Impartial Due Process Hearings
- Guide to the ARD/IEP Process
- ARD/IEP Committee Report
- ARD/IEP Follow up Letter to Parent(s)
- IEP Update Sessions
- Permission for Health Related Services
- Student Records
- Letters/Communication with Parent(s)

[illegible]

[illegible]

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

RECIBO DEL AVISO DEL PROCEDIMIENTO DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE PADRE DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES

Como lo requiere el *Acta de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) 34 Código de directrices federales – Parte 300*

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Nota: Cada vez que se distribuye el *Aviso del procedimiento de garantía de los derechos de padres de estudiantes con discapacidades* se debe documentar que se recibió.

Esto es para verificar que recibí una copia del *Aviso del procedimiento de garantía de los derechos de padres de estudiantes con discapacidades*, el cual me informa de mis derechos en el proceso de la educación centrada en el niño o estudiante. La siguiente persona me explicó los derechos del procedimiento (Anoto nombre, posición y fecha en esta sección):

Entiendo que por derecho, debo recibir:

- Este documento y todo aviso en un idioma que conozca (idioma materno) o si es necesario, una interpretación oral, en señas o Braille, y
- Respuestas del personal escolar a mis preguntas. Mi firma abajo indica que recibí una copia del *Aviso del procedimiento de garantía de los derechos de padres de estudiantes con discapacidades* en la fecha indicada y que entiendo el contenido.

Entiendo que el personal escolar anotará en el archivo de distribución cada vez que reciba o me envíen una copia del *Aviso del procedimiento de garantía de los derechos de padres de estudiantes con discapacidades*.

Sólo complete esta porción la primera vez que le sea distribuido.

(Nombre)

(Firma del padre, madre o tutor)

(Posición)

(Fecha de la firma)

el _____
(Fecha de entrega)

(Firma del intérprete [si aplica])

(Escuela del estudiante)

(Fecha de la firma)

ARCHIVO DE DISTRIBUCIÓN

Tipo de aviso						Destinario	Fecha de envío o entrega
Marque el tipo de aviso distribuido como <i>Aviso del procedimiento de garantía de los derechos de padres de estudiantes con discapacidades</i>						Anotar el nombre de la persona a quien se le envió o entregó copia	Anote la fecha
<i>Aviso de evaluación integral e individual y descripción del examen</i>	<i>Aviso de reunión del Comité de Admisión, repaso y retiro y Programa Educativo Individual (ARD/IEP)</i>	<i>Autorización para colocación inicial</i>	<i>Aviso de rechazo para brindar servicios</i>	<i>Reunión del Comité de Admisión, repaso y retiro y Programa Educativo Individual (ARD/IEP)</i>	<i>Aviso de retiro y autorización de petición de información confidencial</i>	<i>El Aviso del procedimiento de garantía de los derechos de padres de estudiantes con discapacidades se entregó o envió.</i>	<i>Se distribuyó el Aviso del procedimiento de garantía de los derechos de padres de estudiantes con discapacidades.</i>

Fecha de nacimiento

ARCHIVO DE DISTRIBUCIÓN

[illegible]

AVISO Y DESCRIPCIÓN SOBRE EVALUACIONES INDIVIDUALES Y COMPLETAS

Fecha de envío: _____ Razón: ☐ Evaluación inicial ☐ Re-evaluación ☐ Solicitud especial del Comité ARD

Nombre del estudiante _____ #ID _____ Fecha de Nac. _____ Escuela _____

* Hemos revisado meticulosamente toda la información de usted/su hijo, los registros que ha realizado la escuela, la información proporcionada por sus maestros y la que usted mismo nos han provisto. Sin embargo, queremos tener más información para determinar sus necesidades y planear un programa escolar apropiado. Usted recibirá un formulario de autorización en el que se le pide su permiso para la realización de dichas evaluaciones.

*Deseamos realizarle a usted/su hijo, una evaluación completa por las razones a continuación:

- ☐ Para determinar si la discapacidad existente amerita los servicios de Educación Especial. (Evaluación inicial).
☐ Para determinar si la discapacidad amerita los servicios continuos de Educación Especial (Re-evaluación).

***Antes de hacer esta recomendación, hemos considerado las siguientes alternativas:**

- ☐ Educación general ☐ Cambio en el ritmo de la instrucción ☐ Cambio en el método para la instrucción ☐ Cambio de los materiales
☐ Cambio en los programas ☐ Otros: _____

Estas opciones se rechazaron debido a:

- ☐ Falta de progreso ☐ Continuas fallas ☐ Problemas de disciplina ☐ Otros: _____

Deseamos realizar una evaluación de usted/su hijo en todas las áreas que se mencionan a continuación. Estas evaluaciones nos ayudarán a comprender más acerca de sus necesidades educativas.

****LENGUAJE (CONDICIONES DE COMUNICACIÓN)**

Si usted/su hijo hablan más de un idioma, estas evaluaciones nos ayudarán a saber cuál es aquél en el que más se le facilita aprender. También esto nos ayudará a saber qué idioma debemos usar para aplicarle otras evaluaciones. Deseamos saber qué tan bien comprende usted/su hijo lo que se le dice y qué tanto puede expresar sus pensamientos. Si usted/su hijo tiene algún problema para hablar con claridad, debemos examinarlo para determinar si hay alguna discapacidad del habla. Estas evaluaciones pueden incluir pero no están limitadas a: Woodcock-Johnson Batteries (lengua hablada), Goldman-Fristoe Test of Articulation and Auditory Discrimination y Expressive One-Word Picture Vocabulary Test.

****FÍSICA (HABILIDADES MOTORAS, SALUD, VISIÓN, AUDICIÓN)**

Deseamos determinar si hay algún problema físico o de salud que le dificulte a usted/su hijo realizar trabajo escolar. Las evaluaciones pueden incluir pero no están limitadas a: Evaluaciones de la visión y de la audición, del funcionamiento de la visión, evaluaciones auditivas y otológicas, exámenes médicos realizados por un doctor e inventarios sobre la motricidad gruesa y fina.

****EMOCIONAL/DE CONDUCTA**

Deseamos determinar qué tan bien usted/su hijo se relaciona con otras personas en la escuela o en la casa. Reuniremos la información que usted nos de y la de sus maestros. De la misma manera podríamos realizar observaciones de conducta, escalas de evaluación y entrevistas con el estudiante. Las evaluaciones pueden incluir pero no están limitadas a: Behavior Assessment System for Children, Conners Comprehensive Behavior Rating Scales, Behavior Rating Inventory of Executive Function, The Childhood Autism Rating Scale, The Gilliam Autism Rating Scale, The Gilliam Asperger's Disorder Scale, Autism Spectrum Rating Scales, Beck Youth Inventories, Children's Depression Inventory y Revised Children's Manifest Anxiety Scale.

****SOCIOLÓGICA**

Deseamos obtener información acerca de usted/su hijo en cuanto a la vida en el hogar y qué experiencias diarias ha tenido con su familia. Es posible que el personal escolar le llame para hacerle preguntas o le llame a los padres para pedirles que completen una encuesta para obtener información.

****CONDUCTA INTELECTUAL/ADAPTIVA**

Deseamos determinar qué tan bien usted/su hijo comprende, almacena y procesa la información en comparación con otras personas de su misma edad. De la misma manera, deseamos investigar qué tan bien usted/su hijo se cuida en la casa y en la escuela. Las evaluaciones pueden incluir pero no están limitadas a: The Wechsler Intelligence Scales, Kaufman Assessment Batteries, Stanford-Binet Intelligence Scale, Adaptive behavior Assessment System, Adaptive Behavior Assessment Systems, Differential Ability Scales, Woodcock Johnson Assessments, Bayley Scales, Development Assessment of Young Children Scales y Vineland Adaptive Behavior Scales.

* Significa que se requiere de más elementos

** Se debe evaluar al estudiante en todas las áreas relacionadas con la discapacidad que se sospecha que tiene, incluidas las requeridas en 34CFR §300.304(c) (4), si fuera apropiado.

****COMPETENCIAS PARA EL APRENDIZAJE EDUCATIVO (DESEMPEÑO ACADÉMICO)**

Deseamos saber qué tan bien usted/su hijo se está desempeñando en las materias de lectura, matemáticas, lenguaje escrito y otras áreas como las que están relacionadas con habilidades para el trabajo, si fuera apropiado. Las evaluaciones pueden incluir pero no están limitadas a: The Woodcock-Johnson Batteries, Wechsler Achievement Tests y Kaufman Achievement Tests.

Otros factores relevantes a esta propuesta de evaluación (si fuera aplicable):

*El día en que se le hizo la primera remisión se le explicó que tiene derecho a una evaluación para obtener los servicios de Educación Especial. Las regulaciones federales exigen que a los padres se les de una explicación completa de todas las garantías de procedimiento en su idioma materno o por medio de alguna otra forma de comunicación, cada vez que fue necesario. El distrito propone o refuta la iniciación o cambio de identificación, evaluación o lugar de educación de usted/su hijo o la provisión de un lugar apropiado y gratuito para recibir educación pública (FAPE, por sus siglas en inglés). Se adjunta a este formulario una copia del *Aviso sobre las garantías de procedimiento: Derechos de los padres de estudiantes con discapacidad*

Fecha de entrega: _____ Quien recibe: _____

FIRMA DEL INTÉRPRETE (Si hubo)

FECHA

Si tiene preguntas, por favor llámelo a _____

Al teléfono: _____

Lugares donde puede encontrar más información y/o ayuda para comprender esta *Aviso sobre la realización de evaluaciones individuales y completas*

HISD, Oficina de Servicios de Educación Especial
713.434.4717

Learning Disabilities Association of Texas
512.458.8234 o 1.800.604.7500

Advocacy, Inc.
713.974.7691

Special Kids, Inc.
713.734.5355

Partners Resource Network
1.800.866.4726

Adjunto: *Aviso sobre las garantías de procedimiento: Derechos de los padres de estudiantes con discapacidad*

* Significa que se requiere de más elementos

**Se debe evaluar al estudiante en todas las áreas relacionadas con la discapacidad que se sospecha que tiene, incluidas las requeridas en 34CFR §300.304(c) (4), si fuera apropiado.